

柔道整復師施術所休止(廃止・再開)届

年 月 日

(宛先)
大津市保健所長

開設者住所 _____

氏名 _____

電話番号 _____

(法人にあつては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名)

施術所を休止（廃止・再開）したので、柔道整復師法第19条第2項の規定により次のとおり届け出ます。

| | |
|--------------|-----------------|
| 施術所の所在地 | 電話 () |
| 名称 | (フリガナ) |
| 開設年月日 | 年 月 日 |
| 休止期間 | 年 月 日から 年 月 日まで |
| 廃止又は再開の年月日 | 年 月 日 |
| 休止、廃止又は再開の理由 | |

注 用紙の大きさは、日本産業規格A列4番とします。